

УДК 616.327.2-006.6:575

**О.Г. Плаксивий, І.В. Ластівка, Б.В. Петрюк**

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

## ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЇ КАРЦИНОМИ В ГЕНЕТИЧНОМУ АСПЕКТІ

**Резюме.** Новоутворення носової частини глотки характеризуються різноманітністю морфологічних форм, що вирізняються за клінічним перебігом, гістогенезом, методами лікування та прогнозом. Носоглоткова карцинома виявляється частіше у віці 30-40 років, але може бути і у дітей. У дітей вона виявляється частіше ніж інші епітеліальні злоякісні новоутворення, пік захворюваності припадає на вік від 10 до 16 років. Заключний діагноз встановлюють після хірургічної біопсії з наступним гістологічним дослідженням. Впровадження фіброскопії до клінічної онкології дозволило розробити та втілити у практику цитологічні дослідження паралельно із звичайним гістологічним дослідженням, а також можливість використовувати отриманий матеріал для молекулярно-генетичного аналізу тканин носової частини глотки, що в свою чергу значно розширило діагностичні можливості морфологічних методів обстеження та дозволило покращити якість діагностики. Наявність злоякісної пухлини ідентичної локалізації та гістологічної структури у кровних родичів, з летальним наслідком у матері та сприятливим прогнозом у обох дітей, впродовж одного періоду раніше не спостерігалось у нашій клінічній практиці, не знайшли такого варіанту і при огляді літератури. Також даний клінічний випадок може бути непрямим доказом етіологічної ролі вірусу Епштейн-Барра для недиференційованого раку носоглоткового типу.

**Ключові слова:** носоглотка, злоякісна пухлина, карцинома.

Новоутворення носової частини глотки характеризуються різноманітністю морфологічних форм, які відрізняються за клінічним перебігом, гістогенезом, методами лікування та прогнозом. Нині найбільш зручною в практичному відношенні є класифікація РНГ Micheau, Schminke, Regaud [1-3].

1. Недиференційований рак носоглоткового типу (варіанти Schminke, Regaud, веретенноклітинний);
2. Плоскоклітинний рак (високо-, помірно-, низькодиференційований);
3. Аденокарцинома;
4. Цистаденоїдна карцинома;
5. Злоякісна мукоепідермоїдна пухлина;
6. Інші.

У даній класифікації недиференційований рак носоглоткового типу (РНГ) розглядається як самостійна онкозоологічна форма. РНГ виявляється переважно у двох морфологічних варіантах, які принципово вирізняються між собою: плоскоклітинний рак (помірно- і низькодиференційований) та недиференційований рак носоглоткового типу (лімфоєпітеліома) [4, 5]. У 1921 р. A.Schminke, C.Regaud незалежно один від одного описали пухлину, яка складається з ретикулярної тканини та епітеліального ретикула поєднано з лімфоїдними елементами. Тому ця пухлина стала називатися “лімфоєпітеліома”. Пізніше в гістоло-

гічних класифікаціях цю пухлину стали називати назофарингеальною карциномою (НФК). Лімфоєпітеліома (синоніми: пухлина Шмінке, синцитіальна карцинома, перехідноклітинний рак) – це злоякісна пухлина глотки, різновид плоскоклітинного раку, в якому лімфоцити переважають над пухлинними клітинами. Лімфоєпітеліома має епітеліальний генез, уражає ротову та носову частини глотки. НФК виявляється частіше у віці 30-40 років, але може бути і у дітей. Вона виявляється у дітей частіше ніж інші епітеліальні злоякісні новоутворення, пік захворюваності припадає на вік від 10 до 16 років.

Симптоми залежать від варіантів інвазії прилеглих органів. РНГ може розповсюджуватися по стінці глотки донизу з переходом на м'яке піднебіння, при цьому погіршується акт ковтання, виникає охриплість голосу, кашель. У 30% хворих пухлина проростає в носову порожнину, при цьому виникають виділення з носа, гугнявість мови, утруднене носове дихання. При виникненні пухлини в бічних відділах порушуються функції слухової труби, виникає секреторний отит, погіршується слух. За умов проростання пухлини в порожнину черепа виникають головні болі, диплопія, втрата зору та інші симптоми. Заключний діагноз встановлюють після хірургічної біопсії з наступним гістологічним дослідженням. В останні десятиріччя в комплексному обстеженні

хворих широко використовують ендоскопічні методи. Фіброскопічний метод дослідження отримав широке використання в діагностиці різноманітної патології носової частини глотки і диференційній діагностиці пухлин різного генезу. Фіброепіфарингоскопія дозволяє візуалізувати первинну пухлину, оцінити її розповсюдженість, визначити форму росту і на основі ендоскопічної семіотики зробити висновок про характер та генез новоутворення. Впровадження фіброскопії в клінічну онкологію дозволило розробити та втілити в практику цитологічні дослідження паралельно із звичайним гістологічним дослідженням, а також можливість використовувати отриманий матеріал для молекулярно-генетичного аналізу тканин носової частини глотки, що в свою чергу, значно розширило діагностичні можливості морфологічних методів обстеження та дозволило покращити якість діагностики.

#### *Наводимо наші спостереження.*

До ЛОР-клініки обласної клінічної лікарні у жовтні 2006 р. звернулася хвора К., 41 р., медична сестра обласної клінічної лікарні, із скаргами на закладеність правого вуха і зниження слуху впродовж 9-10 днів. При огляді хворої барабанна перетинка справа має жовтуватий відтінок, чітко визначається еліпс (рівень рідини). Барабанна перетинка зліва звичайного кольору та рельєфу. Передня риноскопія патології не виявила. Епіфарингоскопія: визначається “+”-тканина на верхньо-бічній стінці носової частини глотки справа, повністю заповнює глоткову кишеню та прикриває глотковий отвір слухової труби. Інші ЛОР-органи без особливостей. На шії пальпується рухливий, щільної консистенції, безболісний верхньошийний лімфатичний вузол розміром 1,5×2,0 см. Рентгенограма ПНП: пневматизація приноскових пазух не порушена. Шепітна мова: AD/AS=2/6м. Камертональні дослідження слуху: дослід Швабаха-подовжений, Рінне-негативний, Вебер-латералізація звуку до хворого вуха, ураження слуху більше на звуки низької частоти. Аудіограма: помірне ураження слуху на праве вухо за кондуктивним типом.

Під місцевою анестезією шляхом задньої риноскопії проведена прицільна біопсія носової частини глотки. Ретельність і точність взяття тканини на гістологічне дослідження проконтрольовано за допомогою риноендоскопії (тубуси 00,300,700). Результат гістологічного дослідження: лімфоепітеліома. Хворій виставлено заключний клінічний діагноз: лімфоепітеліома носової частини глотки, III стадія, II клінічна група. У подальшому хвора лікувалась в онкодиспансері, де пройшла курс ТГТ та хіміотерапії з позитивним ефектом. Діагноз при виписці з ООД: лімфоепітеліома, III ст., стан після хіміо-промене-

вої терапії, III клінічна група. Після проходження курсу лікування в ООД хвора динамічно спостерігалася в ЛОР-центрі обласної клінічної лікарні з частотою 1 раз на місяць. Упродовж року ознак продовження росту чи рецидиву пухлини не спостерігалось. З III клінічною групою хвора перебувала впродовж півтора року. В квітні 2008 року при огляді хворої виявлено рецидив Мtx в лімфатичні вузли ший, рецидиву первинної пухлини не було, носова частина глотки при огляді без патології. Хворій проведено КТ органів ший, при якій виявлено конгломерати шийних та наявність збільшених над- і підключичних лімфатичних вузлів. Діагноз 2008 року: лімфоепітеліома носової частини глотки, III стадія, стан після ТГТ і хіміотерапії у 2006 році, рецидив Мtx в шийні, над- і підключичні лімфатичні вузли, II клінічна група. У подальшому пацієнтка лікувалась в Інституті отоларингології АМН України, де їй проводилась променева та регіонарна хіміотерапія, та у Чернівецькому ООД з помірним покращенням. Незважаючи на проведене лікування, хвора у 2010 році померла.

У 2007 р., після закінчення курсу хіміо- та променевої терапії та виписки з ООД перебуваючи в III клінічній групі (практично здорова), хвора з профілактичною метою привела на консультацію доньку 16 р., зі скаргами на погіршення носового дихання. У дитини діагностовано аденоїди II ст. У березні 2007 р. була проведена аденотомія. Після-операційний період без ускладнень. Носове дихання відновлено. Результат гістологічного дослідження: аденоїдні вегетації. Проте у лютому 2008 р., при повторному зверненні, у дитини виявлено секреторний отит зліва, наявність аденоїдної тканини в ділянці глоткової кишені зліва, збільшений до 1,0×1,5 см верхньошийний лімфатичний вузол, рухливий, щільної консистенції. Дані клінічні ознаки з'явилися у хворої впродовж 6-7 днів. Проведено прицільну біопсію носової частини глотки. Результат гістологічного дослідження: лімфоепітеліома. Діагноз: лімфоепітеліома носової частини глотки, II стадія, II клінічна група. Пройшла курс хіміо-променевої терапії в ООД. По закінченню лікування проведена КТ основи черепа, носової частини глотки та органів ший. Хвора виписана з ООД з одужанням. Діагноз при виписці і по нині: лімфоепітеліома носової частини глотки, II стадія, III клінічна група. Щомісячне динамічне спостереження після лікування по теперішній час ознак рецидиву первинної пухлини та рецидиву в лімфатичні вузли ший не виявляє. Хвора підлягає “Д” обліку і динамічному спостереженню. У лютому 2016 року хвора зверталась на консультацію за направленням лікаря-гінеколога у зв'язку з вагітністю (двійня) – носоглотка чиста, клінічно здорова.

Описаний нами клінічний випадок є неординарним, оскільки наявність злоякісної пухлини ідентичної локалізації та гістологічної структури у кровних родичів упродовж одного періоду ми не спостерігали у своїй клінічній практиці, не знай-

шли такого варіанту і при огляді літератури. Також даний клінічний випадок може слугувати непрямым доказом етіологічної ролі вірусу Епштейн-Барра для недиференційованого раку носоглоткового типу.

### Список використаної літератури

1. Анализ характера неудач при лечении рака носоглотки и результаты их лечения / Б.М. Алиев, Т.П. Чуприк-Малиновская, И.А. Гладылина, А.Е. Храмышев // *Ж. вестн. ОНЦ РАМН.* – 1994. – № 3. – С. 25-28.
2. Алиев Б.М. Причины поздней диагностики рака носоглотки / Б.М. Алиев, Т.П. Чуприк-Малиновская // *Вестн. оториноларинголог.* – 1990. – № 5. – С. 15-18.
3. Shah J.P. *Cancer of the head and neck* / J.P. Shah. – London, 2001. – 484 p.
4. Абызов Р.А. *ЛОП-онкология* / Р.А. Абызов. – СПб: 2004. – 255 с.
5. Диагностика недифференцированного рака носоглотки / Н.В. Белоусова, Т.Т. Кондратьева, В.Э. Гурцевич // *Современные методы диагностики: сб. тез. V межрегионарная науч.-прак. конф.* – Барнаул, 2003. – С. 280-281.

### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ В ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ

**Резюме.** Новообразования носовой части глотки характеризуются разнообразием морфологических форм, отличающихся по клиническому течению, гистогенезу, методам лечения и прогнозу. Назофарингеальная карцинома встречается чаще в возрасте 30-40 лет, но может быть и у детей. Она встречается у детей чаще, чем другие эпителиальные злокачественные новообразования, пик заболеваемости приходится на возраст от 10 до 16 лет. Заключительный диагноз устанавливают после хирургической биопсии с последующим гистологическим исследованием. Внедрение фиброскопии в клиническую онкологию позволило разработать и воплотить в практику цитологические исследования параллельно с обычным гистологическим исследованием, а также возможность использовать полученный материал для молекулярно-генетического анализа тканей носовой части глотки, что в свою очередь, значительно расширило диагностические возможности морфологических методов обследования и позволило улучшить качество диагностики. Наличие злокачественной опухоли идентичной локализации и гистологической структуры у кровных родственников, с летальным исходом у матери и благоприятным прогнозом у обоих детей, в течение одного периода ранее не наблюдалось в нашей клинической практике, не нашли подобного варианта и при обзоре литературы. Также данный клинический случай может служить косвенным доказательством этиологической роли вируса Эпштейн-Барра для недифференцированного рака носоглоточного типа.

**Ключевые слова:** носоглотка, злокачественная опухоль, карцинома.

### SOME FEATURES OF NASOPHARYNGEAL CARCINOMA IN GENETIC ASPECTS

**Abstract.** Neoplasms of the nasal part of the pharynx are characterized by a variety of morphological forms, differing in the clinical course, histogenesis, treatment methods and prognosis. Nasopharyngeal carcinoma occurs most often between the ages of 30-40, but it may be found in children. It occurs in children more often than other epithelial malignancies, the peak incidence in children is between the ages of 10 to 16. The final diagnosis is made after surgical biopsy followed by histological examination. The introduction into clinical oncology fiberoptic endoscopy enabled to develop and put into practice cytological studies in parallel with common histological examination, and the possibility to use the obtained material for a possible molecular genetic analysis of tissue of the nasal part of the pharynx, which in its turn, greatly expanded the diagnostic capabilities of morphological examination methods and helped to improve the quality of diagnostics. The presence of a malignant tumor of an identical localization and histological structure of the blood relatives, with fatal outcome for the mother and a favorable prognosis in both children, during one period had not been observed in our clinical practice. We did not find such an option during review of the literature. This clinical case can serve as an indirect evidence of the etiological role of Epstein-Barr virus for undifferentiated nasopharyngeal type of cancer.

**Key words:** nasal pharynx, malignant tumor, carcinoma.

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Надійшла 17.03.2016 р.  
Рецензент – проф. Боднар Б.М. (Чернівці)